宮崎大学医学部附属病院初診予約申込書（小児科）

**FAX番号 0985-85-9715（予約専用）**

申込日　　　　　年　　　　月　　　　日

受付：月～金曜日　午前9時00分～午後4時00分

土・日・祝日・12月29日～1月3日は除く

電話番号　0985-85-9606（連絡先）

【紹介元医療機関名及び所在地】

|  |  |
| --- | --- |
| 病院名 |  |
| 医師名 |  | 担当者名 |  |
| 電話 | ( ) - | FAX | ( ) - |
| 所在地 | 〒　　　　- |

※宮崎大学医学部附属病院受診歴（ 有 ・ 無 ・ 不明 ）

【患者情報】　　　　　　　　　　　　　　　　（二重登録防止のため、改姓された方は旧姓を記載してください）

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| フリガナ | 　　　　　　　　　　　　　　　　　　旧姓（　　　　　　　） | 性　　別 |
| 患者氏名 |  | 男　　女 |
| 生年月日 | 　　　　　　　　年　　　　　　月　　　　　日（　　　　　　歳） |
| 患者住所 | 〒　　　　-電話番号( ) -携帯番号( ) - |
| 受診希望科 | ※□にチェックを入れてください□　発達遺伝　　　　　　　　□　神経　　　　　　　　　□　循環器□　内分泌代謝　　　　　　　□　感染免疫　　　　　　　□　その他□　腎臓　　　　　　　　　　□　血液腫瘍 |
| 受診希望日 | 第1希望日　　　　　年　　　月　　　日第2希望日　　　　　年　　　月　　　日　　　　　　□　受診希望日なし第3希望日　　　　　年　　　月　　　日 |

※希望日に空きがない場合は、直近の予約診療日となりますのでご了承ください。

**診療情報提供書を併せてお送りください**

※予約日時が確定次第、「初診予約報告書・初診予約票(患者さん用)」をFAXでお送りします。

※「診療情報提供書」の原本は、「初診予約票(患者さん用)」とともに患者さんへお渡しし、当院受診当日にお持ちいただくようお伝え下さい。